Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 12-13

Complete una solicitud por grupo familiar. Año Escolar 2012-2013

Parte 1. Seleccione todas las casillas que correspondan:

☐ viandas escolares
☐ leche especial (aplican restricciones)
☐ niños en guarderías
☐ Proveedor de vivienda de nivel I (HP)
☐ Head Start/Even Start
☐ niños en viviendas que son guarderías (HP)
Nombre del proveedor:

Parte 2. Niños inscritos. SE REQUIERE PARA TODOS LOS SOLICITANTES. Si es elegible, indique el Número de Caso de FIP o Food Assistance.

Mencione el/los nombre/s de todos los niños inscritos en su grupo familiar. Las identidades étnicas y raciales de los niños son opcionales. Proporcione uno o más si selecciona (ver código)

Identidad étnica: H=Hispano o Latino, N=No Hispano o Latino

Raza: A=Asiático B=Norteamericano de origen africano o negro W=Blanco I=Indígena norteamericano o Nativo de Alaska P=Nativo hawaiano o de Otra isla del Pacífico

Apellido	Nombre	Segundo nombre o Iniciales	Marque la casilla para hijos en ADOPCIÓN TEMPORAL	Fecha de Nac.	Grado	OPCIONAL		Nombre de Escuela/Head Start/ Guardería/Vivienda que es Guardería
						IDENTIDAD ÉTNICA	RAZA	
1.			☐					
2.			☐					
3.			☐					
4.			☐					
5.			☐					

Elegible para FIP o Food Assistance: Ingrese el Número de Caso del FIP o Food Assistance para CUALQUIER miembro del grupo familiar como se describe en el Aviso de Decisión. NOTA: El número de tarjeta de Medicaid, Title XIX, FIP y el número de tarjeta de EBT no se aceptan.

Nombre del miembro del grupo familiar con Número de Caso _____ Mencione el Número de Caso _____

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Grupo Familiar. NO COMPLETE LA PARTE 3 SI INDICÓ UN NÚMERO DE FIP O FOOD ASSISTANCE EN LA PARTE 2. Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro del grupo familiar una vez en la columna correcta: semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensual. El ingreso bruto es el monto que cobró antes de los impuestos y otros descuentos, no el ingreso neto. Informe todos los demás ingresos mensuales recibidos. Los autónomos, consulten la hoja en el reverso de esta solicitud.

Mencione los nombres de todos los que viven en su grupo familiar, incluyendo los niños mencionados en la Parte 2. Adjunte otra página si necesita más espacio. Para los hijos en ADOPCIÓN TEMPORAL, incluya solamente el dinero disponible para el uso personal del niño o el propio ingreso del niño.				**Ingreso Bruto: Informe el ingreso según cuán a menudo el miembro del grupo familiar recibe el pago.**				Otros Pagos o Ingresos Mensuales Recibidos.		
Apellido	Nombre	Edad	Seleccione si NO RECIBE Ingresos	Monto bruto que cobra por semana	Monto bruto que cobra cada 2 semanas	Monto bruto que cobra dos veces al mes	Monto bruto que cobra mensualmente	Seguro Social, cuota alimentaria, pensión alimenticia, subsidio por adopción	Pensión, jubilación, seguro social, SSI, beneficios a Veteranos (VA)	Todos los demás ingresos
1.			☐							
2.			☐							
3.			☐							
4.			☐							
5.			☐							
6.			☐							

Mi Número de Seguro Social: **X XX - X X** - ___ ___ ___ __ ☐ No tengo Número de Seguro Social.

Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o seleccionar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". **Para obtener más información, consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la carta para padres.**

Parte 4. Certificación y Firma SE REQUIERE PARA TODOS LOS SOLICITANTES.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que informo todos los ingresos si se requiere. Entiendo que recibiré los beneficios de los fondos Federales en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios pueden verificar (cotejar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa intencionadamente, mi hijo puede perder los beneficios de las viandas/leche, y que puedo ser enjuiciado. Dirección de Correo electrónico del Adulto que completa el formulario_____

Firma del Adulto que Completa el Formulario | Nombre en letra de imprenta del adulto que completa el formulario | Fecha de la Firma

Dirección del Adulto que Completa el Formulario | Pueblo | Código postal | Teléfono del trabajo | Teléfono particular | Teléfono Celular

Part 5. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY.

Income conversion factors for annual income: weekly X 52; two weeks X 26; twice a month X 24; monthly X 12

Household Income: $ _____ ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice Monthly ☐ Monthly ☐ Annually Household Size _____

Application Approved: ☐ Income ☐ Foster Child (free) ☐ FIP/Food Assistance
☐ Head Start DOCUMENTATION REQUIRED ☐ Homeless/Migrant (Schools only)

Eligibility Determination: ☐ Free Meals ☐ Reduced Price Meals ☐ Free Milk

Application Denied: ☐ Incomplete ☐ Over income limits

CACFP HP ONLY:
☐ Tier 1 Area (Provider's own children)
☐ Tier 1 Income (All children)
☐ Tier 1 Child (Tier 2 mixed)

Determining Official Signature | **Effective Date**

Confirming Official Signature (Schools only) | **Date**

Follow-Up Official Signature (Schools only) | **Date**

hawk-i /Formulario de Información de Medicaid Lea esta información y firme si usted no desea que su nombre se revele a *hawk-i* o Medicaid.

Si sus hijos no tienen seguro médico, muchas de las familias que reciben viandas gratuitas o a precio reducido también pueden adquirir un seguro médico gratuito o a bajo costo para sus hijos.

La ley requiere que las escuelas compartan su información de elegibilidad con Medicaid y *hawk-i*, el programa estatal de seguro médico para niños, para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido. Le proporcionaremos específicamente el nombre de su hijo y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* pueden usar esta información solamente para identificar los niños que pueden ser elegibles para recibir un seguro médico gratuito o a bajo costo y luego para comunicarse con usted. No se le permite usar la información de su solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido para cualquier otro propósito.

Las organizaciones para el cuidado de niños pueden compartir esta información si así lo eligen.

No se necesita que usted nos permita compartir la información de su solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido para sus hijos con Medicaid o con el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido. Si usted NO desea que su información se comparta con Medicaid o *hawk-i*, debe informárnoslo, completando la información a continuación al momento en que completa su solicitud de elegibilidad. Si desea recibir más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

NO deseo atención para mi hijo/patrocinador en la escuela/hogar o que los funcionarios del centro Head Start compartan información de la solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Además, si usted ya recibe Medicaid o *hawk-i*, por favor firme a continuación. Esto evitará que nos comuniquemos nuevamente.

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start:_____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start:_____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start:_____

Nombre del Padre/Tutor (letra de imprenta)_____ **Firma**_____ **Fecha**_____

Hoja de Ingresos para Autónomos: Esta hoja le ayudará a calcular el monto a informar si usted tiene una hacienda, es autónomo o recibe ingresos de otras fuentes.

Las personas que tengan haciendas o que manejen otros tipos de comercios privados pueden tener variaciones en el flujo de efectivo o en el ingreso mensual durante el transcurso del año. Estas personas pueden usar su registro de impuestos de ingresos del año calendario anterior como base para solicitar las viandas gratuitas o a precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso derivado de la actividad de la empresa menos los costos operativos en los que incurrió cuando generó esos ingresos. Los descuentos de los gastos personales tales como los gastos médicos y otros descuentos no comerciales no permiten la reducción del ingreso comercial bruto.

Si usted recibe ingresos adicionales de otros tipos de empleo, estos ingresos deben considerarse por separado del ingreso generado de su actividad comercial. USDA **NO** reconoce el ingreso al igual que el IRS. USDA no permite que la pérdida de una actividad comercial compense las ganancias de los sueldos o salarios. Aunque su comercio pueda haber padecido una pérdida operativa neta, no es posible tener un ingreso negativo para esta solicitud. **El ingreso mínimo posible del autónomo es cero (sin ingresos).** Por ejemplo, si usted realizó un negocio y obtuvo una pérdida neta, pero tiene otro empleo por el cual recibe un sueldo, su ingreso se considerará el ingreso de su sueldo solamente, para poder realizar la solicitud de las viandas gratuitas o a precio reducido. La pérdida en un negocio no puede descontarse del monto del ingreso que cobra en el otro empleo.

Una pérdida en su hacienda o de otra operación comercial privada de un año anterior no se puede usar para reducir el ingreso neto del año vigente para determinar la elegibilidad de las viandas gratuitas o a precio reducido. Los sueldos que se pagan a los esposos o a otros miembros de la familia en las operaciones de una hacienda o de un comercio privado deben figurar como ingreso del grupo familiar en la Parte 3 de la solicitud.

Los ingresos de operaciones comerciales privadas se obtienen de su última Declaración de Impuestos de Ingresos Individuales de los EE.UU. - Formulario 1040. Use estas líneas del 1040 que están identificadas.

Línea 12 - Ingreso comercial o (pérdida)	US$ _____
Línea 13 - Ganancia de capital o (pérdida)	US$ _____
Línea 14 - Otras ganancias o (pérdidas)	US$ _____
Línea 17 - Alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, Sociedad Mercantil de Tratamiento Fiscal Simplificado, fideicomisos, etc.	US$ _____
Línea 18 - Ingreso de Haciendas o (pérdida)	US$ _____
Total	US$ _____
El mínimo ingreso posible es cero (no se puede informar un número negativo)	Total ÷12* = _____

*Ingrese el monto en la columna "Todos los Demás Ingresos del Último Mes" en la Parte 3 en la portada de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa.